Complications oculaires du Diabete

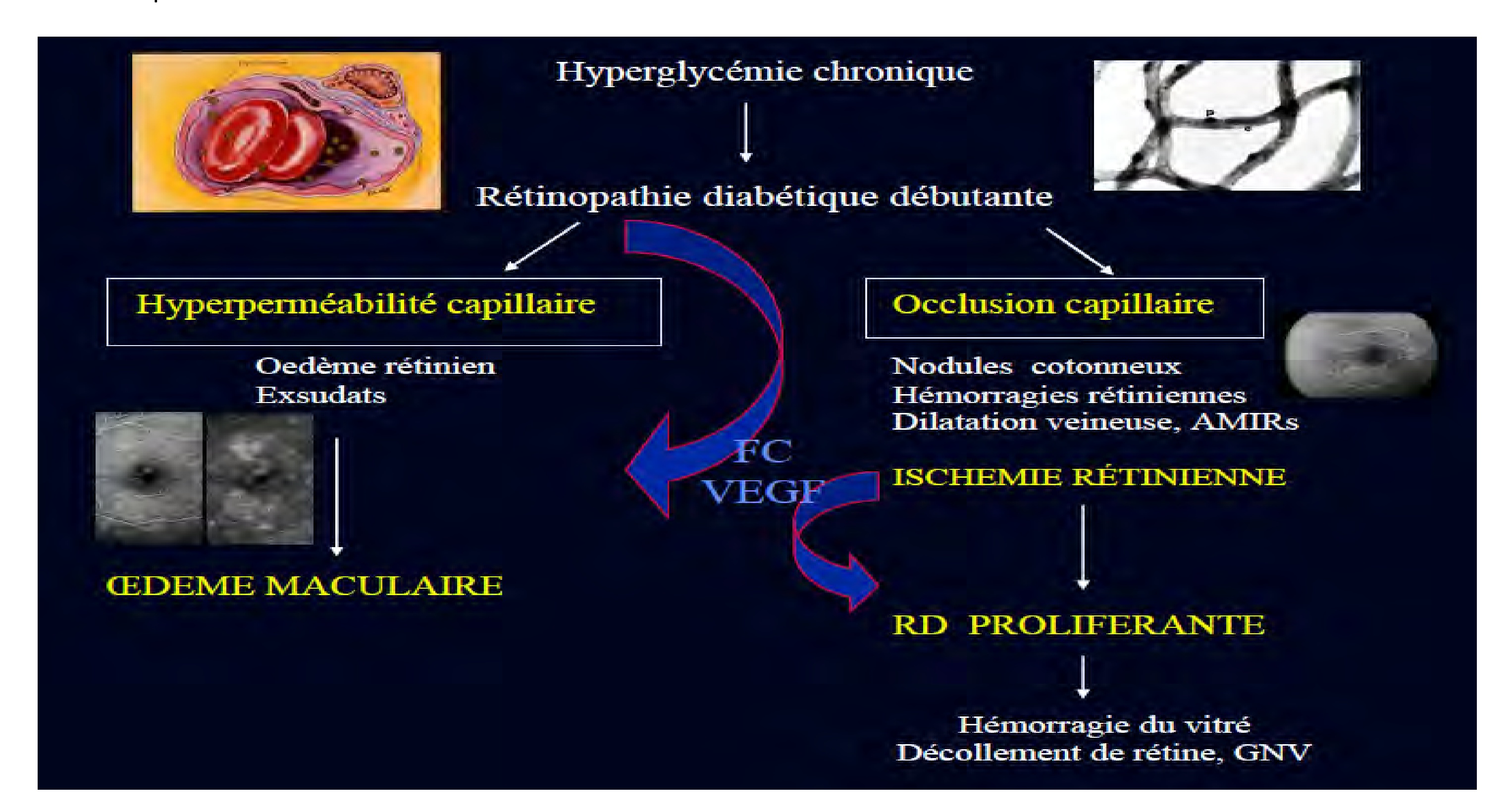
I - Retinopathie diabetique :

1-Introduction :

La plupart de ces pertes de vision peuvent être **prévenues** si la rétinopathie est détectée assez tôt pour le traitement avec la chirurgie par **photocoagulation laser** *(Avant les symptômes visuels)* .

2-Physiopath :

- lésion des capillaires rétiniens : **Microangiopathie .**
- Elle dépend de **l'ancienneté du diabète** (80% après 20 ans, rare avant 5 ans), du **mauvais équilibre glycémique** et des autres **FDR vasculaires** (HTA, cholesterol , tabac)
- La microangiopathie touche les capillaires rétiniens au niveau de **leur paroi** qui est *épaissie et dont la résistance est altérée*, responsable de la formation de micro-anévrismes (minuscule dilatation localisée du capillaire qui se traduit au fond d'œil par un petit point rouge). De plus ; il existe des modifications du contenu sanguin avec **hyperagrégabilité plaquettaire** .
- Les vaisseaux normaux de la rétine, incluant les capillaires, sont **imperméable**s aux grosses molécules -> Dans la rétine diabétique, les capillaires **sont perméables** laissent passer les protéines, les hydrates de carbone complexes et les lipides.



- occlusion capillaire due aux microanevrysme + capillaires non fonctionnels
- Nodules cotonneux = signe d'ischemie des fibres nerveuses
- AMIRs = anomalies microvasculaires intra retiniennes - GNV = glaucome neovasculaire (apres rubéose irienne)

3- Formes cliniques :

L'apparition et l'évolution de la RD se fait sur **des dizaines d'années** (10,20, 30 ans), mais parfois de **façon fulgurante** (en 3 ou 5 ans). Elle est d'autant plus rapide que le diabète est **mal équilibré** et qu'il existe d'autres **facteurs de risque vasculaire** (HTA surtout, tabac, chol). **Le FO** et **les 7 retinophotographie sont** les examens clé (stade de la retinopathie) + **L'angiographie a la floreicene** pour decider de l'attitude TRT.

Semiologie de la RD en tant que microangiopathie ! (aspects au FO ?)

1-Microanevrysmes: **Premier signe ophtalmoscopique** de la rétinopathie diabétique.

- Hémorragies ponctuées superficielles - Taille : 10-100 µm, visible > 30µm
- Ne diffuse pas, diffuse (exsudats), s'occlut
- L'augmentation progressive du nombre des micro-anévrysmes est un bon indice de progression de la RD(*Kohner 1986)*

2-Les hémorragies retiniennes : Collections de sang dans la rétine dont l'aspesct et la valeur sémiologique dépendent de **la localisation**. On distingue 3 types:

- **1- Hémorragies punctiformes:** sont superficielles , petites taille(<200um)
- **2- Hémorragies en flammèches:** sont aussi superficielles mais localisés dans la couche des fibres optiques.
- **3- Hémorragies en taches:** sont plus profondes, plus grande taille , témoignent indirectement d'une ischémie rétinienne étendue.

3-Les Exsudats : Dépots jaunes (lipide) intrarétiniens , parfois sous-rétiniens. (les vaisseaux paraissent au dessus)

Ils prennent fréquement une disposition en **« couronne »** (exsudats circinés) autour des anomalies microvasculaires dont ils sont issus (micro-anévrismes et AMIR). (+ souvent autour de la macula) (due **à l'hyperpermeabilité capillaires**)

4-Les nodules cotonneux :

- **Occlusion d'une artériole rétinienne précapillaire (** → ischemie des fibres nerveuses, superficiels et recouvrent les vx, situés autour de la papille)
- Dispersés, transitoires - **Poussée évolutive de RD**
- **Pas de valeur prédictive d'évolution vers la néo-vascularisation**.
- **Péripapillaires: HTA, néphropathie.**

5-Les Anomalies Microvasculaires IntraRetiniennes AMIRs :

Anomalies vasculaires **tortueuses** se développe au sein des territoires d'occlusion capillaire : Néo-vaisseaux intra-rétiniens

6-Les Anomalies Veineuses :

- **Irrégularité de calibre veineux localisée.**
- Une dilatation suivie d'une zone de rétrécissement **« aspect en chapelet »** , boucles veineuses ou de duplication veineuse.
- Les segments de veines en forme d' « oméga » sont plus rares et n'ont pas de valeur prédictive quant à la survenue d'une néovascularisation.

3-1- Rétinopathie Non Proliférante : **Débutante , Modérée , Sévère**

Signes fonctionnels : **aucun !** Le sujet ne se plaint de rien parfois BAV si Oedeme maculaire.

3-2-Rétinopathie proliférante (neo vss) : **Débutante - Modérée - Sévère - Compliquée**

Ischemie -> facteur VEGF -> proliferation neovascularisation anarchique et fragile !

- Ces néovaisseaux risquent de proliférer dans l'angle irido-cornéen, source d'un **glaucome néovasculaire** effroyable.
- dans le vitré, source **d'hémorragie dans le vitré** .
- **Décollement rétinien tractionnel** (sans déhiscences primitives) :

  on a une prolifération des fibrocytes avec des protéines contractiles qui font que la tige néovasculaire rétrécit, causant quelquefois des déchirures , des détachements ou des déformations de la rétine, causant une perte de la vision.

4-Surveillance: par FO en utilisant verre à 3 miroires :

- Plus frequente , au moins tout les 3 mois: Adolescence - Grossese - Desequilibre glycemique - Chirurgie
- Si pas de RD : FO 1 fois / an
- Si RD : FO + angiographie chaque 06 mois .
- Apres laser : FO + angiographie apres 4 mois .

5- Traitement :

Préventif +++ Il est **capital :**

- Equilibre du diabète
- Traitement des autres facteurs de risque : HTA surtout, stop tabac.
- Anti-agrégants : la mise sous aspirine à faible dose permet de limiter les risques de thrombose.

Curatif :

- **Medical :** Aucun médicament ne prévient la survenue ou n'améliore la rétinopathie ! ! !_Les anti VEGF: trt de OM
- **Laser « semi curatif » +++++**
  - **Retinopathie diabetique proliferante** : **PPR Photocoagulation pan retinienne** .
  - **Oedeme Maculaire : Laser maculaire**
- **Chirurgical :** **Vitrectomie** pour hémorragie du vitré qui ne se résorberait pas après 3 mois **(surveillance mensuelle par écho B** afin de vérifier qu'il ne se produit pas en plus un DR tractionnel)

II – COMPLICATIONS OCULAIRES EXTRA RÉTINIENNES :

- **Elles sont fréquemment associées à la rétinopathie, attention à ne pas méconnaître !!!!**

1- Cataracte +++ Volontiers de type **sous capsulaire postérieure**

2-Troubles de la réfraction ++ -**Presbytie précoce** -**Myopie transitoire** en cours d'équilibration

3- Paralysie oculomotrice **Paralysie du VI** surtout, récidivantes et transitoires.

4- Susceptibilité aux infection **Orgelet, chalazions**

5- Névrite optique chronique: **Papillopathie du diabetique**

CONCLUSION :

L'étroite collaboration entre médecin généraliste , diabétologue et ophtalmologiste doit permettre la prise en charge multifactorielle et intensive des différents facteurs de risque pour réduire l'ensemble des complications du diabète

•Intérêt d'une prise en charge plus précoce de la maladie .